承　　諾　　書

　栃木県が実施する令和　（20 ）年度在宅難病患者・家族支援事業実施要領に基づく難病患者在宅介護支援事業「難病患者在宅レスパイト事業」を受託することについて承諾いたします。

　　令和 （20　　）年　月　日

　栃木県知事　福　田　富　一　　様

　　　　　　　　　　　　所在地

受託機関名

受託機関代表者役職

受託機関代表者名

電話番号

　　　　　　　　　　　　担当者所属・担当者名